工伤情况快报信息表

此表自职工受伤害之日起3日内报校人力资源处社保岗（3272639）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 性别 |  | 聘用方式 | 🗆按在编管理人员🗆编外人员🗆劳务派遣人员 |
| 身份证号码 |  | 职工或家属手机号 |  |
| 所在单位 |  | 单位联系人及手机号 |  |
| 职业、工种或工作岗位 |  | 事故发生时间 | 20XX年X月X日上午10：20 |
| 事故发生地点 |  | 受伤害部位或疾病名称 |  |
| 就诊类别 | 🗆门诊 🗆住院 | 就诊医院 |  |
| 诊断时间 |  年 月 日 | 伤情 |   |
| 受伤害经过简述（不超过100字）：示例：20XX年X月X日上午10：20分，我院专任教师张三在西校园运动场的篮球场参加广西大学第XX届运动会集体竞游项目“XXXX”时,不慎摔倒致左肩着地受伤。张三随即到校医院进行检查,校医院建议到校外医院进行深入检查。于是张三马上前往广西医科大学第一附属医院,经检查诊断为左侧肱骨大结节骨折。 |

单位名称：（公章）

日期：

**填表说明**

　　1.受伤害部位一栏填写受伤害的具体部位。

　　2.诊断时间一栏，职业病者，按职业病确诊时间填写；受伤或死亡的，按初诊时间填写。

　　3.受伤害经过简述栏，应写明事故发生的时间、地点，当时所从事的工作，受伤害的原因以及伤害部位和程度。